№ 3 WARSZAWA, MARZEC 1932 ROK IV.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**

№ 3. WARSZAWA, MARZEC 1932 ROK IV

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. STEFAN HIRSZBERG (Warszawa).

ZAGADNIENIE KIŁY W PORADNIACH PRZEDŚLUBNYCH.

W roku ubiegłym przy Pol. Tow. Eug., wzorem państw zagranicznych, powstała pierwsza w Polsce poradnia przedślubna. Fakt ten świadczy chlubnie o dojrzewaniu w opinji publicznej i w szerokich kołach lekarzy zrozumienia niezbędności podobnych placówek, które w większości kulturalnych krajów Europy zdobyły sobie już prawo obywatelstwa. Nie sposób byłoby w ramach tego krótkiego artykułu poruszyć całokształt zagadnień, które wiążą się z pojęciem poradni przedślubnej. Ten, kto pojmuje istotnie zadania eugeniki, kto rozumie, czem jest małżeństwo dla higjeny rozrodu i doskonalenia rasy, nie będzie się dziwił, że poradnia małżeńska jest niejako kwintesencją eugeniki praktycznej, kuźnią, gdzie lekarz-eugenista dobiera szlachetny kruszec, ze stopu którego mają powstać pełnowartościowe jednostki, przesiewa natomiast i odrzuca pierwiastki nadżarte rdzą życia i podważające fundamenty społeczności. Małżeństwo wszak, jako instytucja społeczna, jest głównym punktem zaczepienia wszelkiego planowego unormowania rozrodu. Już w definicji eugenicznej małżeństwa, z jej czysto naturalistycznem i biologicznem ujęciem, tak zasadniczo różniącem się od doktryny prawniczej, na pierwszy plan wysuwa się zdolność do rozrodu. Jest to bodaj najważniejsza dla społeczności strona zagadnienia małżeństwa, która może być oglądana pod kątem widzenia bądź czysto indywidualistycznym, bądź polityki rasowej i ludnościowej, wreszcie jako komórka eugeniczna, z której zbudowana jest społeczność. Głębokie zmiany, jakie zaszły w koń-

cu 19 i początkach 20 wieku w strukturze społecznej, wysunęły zagadnienia eugeniki obok higjeny socjalnej, której łączność i pokrewieństwo z eugeniką praktyczną wywodzi się przez wspólny cel i metody, na naczelne miejsce polityki rasowej i ludnościowej. Społeczne zatem znaczenie poradni przedślubnej zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Nowoczesna organizacja państwa z coraz szerszą ingerencją czynników powołanych w indywidualne życie jednostki przedewszystkiem obejmuje jego zdrowie fizyczne. Nikt nie będzie dziś negował, że zdrowie fizyczne, ten nienaruszony w funkcjach swoich organizm, jest podwaliną i zdrowia moralnego. Wszystko co narusza tę równowagę z konieczności musi się odbić ujemnie zarówno na jednostce, jak i na całej społeczności. Słuszną dumą napełniają nas postępy sztuki lekarskiej od połowy ubiegłego stulecia: doprowadziły one do zaoszczędzenia wielu istnień ludzkich i znacznego podwyższenia przeciętnej długości życia. Lecz mimo wszystko istnieją jeszcze słabe strony i duże luki w tej dziedzinie. Udało się wprawdzie znacznie ograniczyć ostre schorzenia, lecz tylko nieznacznie wpłynęło to na ogromne rozpowszechnienie przewlekłych stanów chorobowych. Technika lekarska stojąca dziś na wysokim poziomie i sięgająca nawet do takich dziedzin organizmu, o których jeszcze przed ½ wiekiem żaden lekarz nie mógł marzyć, jest niekiedy bezsilna wobec ukrytych schorzeń wewnętrznych narządów, które przeciwstawiają się usiłowaniom leczniczym lekarza w sposób nie pozostający w żadnym stosunku z naszą wiedzą o przyczynach, istocie i przebiegu wielu schorzeń. Nieuchwytność tych czynników leży nie tyle w braku odpowiednich metod leczniczych, ile w konstytucjonalnych własnościach organizmu, na tle którego rozwija się cierpienie. I tu szeroka publiczność musi być wyrozumiała dla lekarza. Lekarz nie jest cudotwórcą i zmienić konstytucji, która jest cechą wrodzoną, nie potrafi. W zrozumieniu tych przesłanek eugenika poszła może najdalej. Tylko wtedy możemy żywić nadzieję skutecznego ograniczenia chorób i zapobiegania im, gdy nie dopuścimy wogóle do rodzenia się potomków z chorobowemi zaczątkami dziedzicznemi, lub też gdy przeszkodzimy im w dziedzicznem przekazywaniu swych wad i słabości drogą płodzenia dalszych pokoleń. Pod tym względem eugenika jest dobrym genjuszem medycyny i zbliża się do niej całkowicie swojemi zadaniami. Szkodliwości społecznych niestety nie brak: na czele ich kroczą takie plagi, jak choroby weneryczne, alkohol i inne trucizny. Jednostka obarczona temi szkodliwościami sama przez się jeszcze nie jest groźna dla społeczeństwa; gdyby można było izolować ją i niedopuścić do rozmnażania się zagadnienie byłoby odrazu rozwiązane. Trudno sobie wyobrazić jednak siłę, która mogłaby okiełznać najpotężniejszy i najprymitywniejszy instynkt, jakim jest popęd płciowy. Metody kastracji osobników zwyrodniałych, jakie zastosowano w Ameryce nie rozwiązują jeszcze sprawy, ponieważ odnoszą się tylko do osobników zdecydowanie

szkodliwych, notorycznych przestępców, którzy pozostają stale pod kontrolą władz. Eugenika zaś obejmuje te miljonowe masy obywateli, którzy popełniają ciche przestępstwa podważania zdrowia fizycznego i moralnego narodu przez taki napozór niewinny, a tak pięknie i uroczyście święcony, akt ślubu.

Oto dlaczego należy społeczeństwu rzucić gorący apel, przemówić do niego z całą mocą słowa ludzkiego; zanim przemówi duchowny, lub urzędnik stanu cywilnego, niechaj przedtem dany będzie głos lekarzowi. Poradnie przedślubne muszą spełniać szlachetną rolę rozgłośni, skąd obywatele usłyszą głos ostrzegawczy: mane, tekel, fares dla przyszłości narodu.

Zrozumiałe tedy, że w Poradniach muszą być ludzie, którzyby oddali się tej idei całą duszą, co więcej, którzy byliby instruowani specjalnie w tym kierunku. Powinni to być lekarze fachowcy, t. zn. nietylko specjaliści, poświęcający się pewnej określonej grupie chorób, lecz również i badacze dziedziczności, którzy w dzisiejszych czasach znajdują się przynajmniej we wszystkich miastach uniwersyteckich. Kiedy sieć poradni małżeńskich obejmie każdą komórkę eugeniczną, jaką stanowi rodzina, kiedy autorytet moralny tej organizacji utrwali się w narodzie można będzie z pewną ulgą i otuchą patrzeć w przyszłość społeczeństwa. Jesteśmy obecnie świadkami pierwszych kroków, jakie stawia eugenika praktyczna na zachodzie; na dolę naszą przypada zaszczytna misja pionerstwa eugenicznego w warunkach, wyjątkowo ciężkich i niesprzyjających. Zadaniem lekarza w poradni będzie zatem rozbudzenie poczucia odpowiedzialności eugenicznej w każdym osobniku, który zamierza wstąpić w związki małżeńskie, zaszczepienie mu moralnego przymusu dokładnego wyleczenia się z cierpień wenerycznych, zanim zwiąże swe życie z osobą wybraną.

W artykule tym chciałem tylko poruszyć jedną stronę zagadnienia działalności poradni, a mianowicie ustosunkowanie się lekarza poradni do osobników kiłowych, pragnących wstąpić w związki małżeńskie. Obowiązuje tu naczelna zasada: osobnikowi z kiłą nabytą lub osobnikowi obarczonemu kiłą wrodzoną nie wolno się żenić lub wychodzić zamąż bez zezwolenia lekarza; zasada ta jest bezwzględna i lekarz poradni musi ją z całą mocą przekonania zaszczepić choremu już od pierwszej wizyty. Ażeby zrozumieć wagę tego twierdzenia musimy zastanowić się nad skutkami, jakie wnosi kiła w małżeństwo. Osobnik chory na kiłę, żeniąc się lub wychodząc przedwcześnie zamąż naraża siebie i drugą stronę na potrójne ryzyko 1) zakażenie żony lub męża. I to jest największe ryzyko. Jeśli jedno z małżonków zakaziło się kiłą to prócz obowiązkowego bardzo sumiennego leczenia należy jeszcze pouczyć zdrowe otoczenie o niebezpieczeństwie, jakie grozi ze strony chorego. Stosunki

płciowe muszą być bezwzględnie przerwane, aż do chwili, kiedy lekarz uwzględniając środki ostrożności zezwoli na ich podjęcie. Co więcej pośredni kontakt z osobnikiem zdrowym musi być również ograniczony i kontrolowany. Pocałunki, wspólne sypianie, używanie wspólnych naczyń jest niedopuszczalne. Jeśli nawet niebezpieczeństwo zakażenia w okresach kiły wolnych od objawów jest mniejsze, to najdrobniejsze uszkodzenia skóry i błon śluzowych, o którym chory często nawet nie wie, może stać się przy bliższem zetknięciu z osobnikiem zdrowym źródłem zakażenia. Ostrzeżenie to zwłaszcza surowo musi być przestrzegane w stosunku do zdrowych dzieci, które niezmiernie łatwo ulegają infekcji.

Nawet po latach, kiedy chory wkracza w okres t. zw. kiły późnej, jeśli leczenie było niedostateczne nic nie daje gwarancji, że jego pęcherzyki nasienne, co zatem idzie nasienie jest wolne od zarazków, że błona śluzowa jamy ustnej nie zawiera zaraźliwych wykwitów t. zw. leukoplazji, że jego ośrodkowy układ nerwowy nie jest siedliskiem rozpoczynających się ciężkich zmian anatomicznych, które doprowadzają do więdu rdzenia, porażenia postępującego i t. d.; należy pamiętać, że łagodny przebieg u zakażającego wcale nie zapewnia dobrotliwej kiły u zakażonego. Obok niebezpieczeństwa zakażenia zdrowego otoczenia, świado-

mość kiły u jednego z małżonków musi wpływać destrukcyjnie na harmonję pożycia, zwłaszcza jeśli zakażenie nastąpiło nie naskutek nieszczęśliwego zbiegu okoliczności, a jak to najczęściej bywa przez nieostrożność i lekkomyślność jednej ze stron. Co gorzej, nieobliczalny przebieg kiły może nagle unieruchomić chorego i utrudnić mu możność zarobkowania, pozbawiając rodzinę środków egzystencji. Na szczęście w większości przypadków okres drugorzędny przy należytem leczeniu i silnej konstytucji osobnika przebiega bez większych zaburzeń w ogólnem samopoczuciu chorego. Większość kiłowych nie musi przerywać codziennego toku swej pracy. Bywają jednakże odchylenia w tej mierze. Niekiedy np. inne cierpienia, drzemiące w organizmie, zaostrzają się pod wpływem kiły; tak często dzieje się z gruźlicą płuc. Niekiedy znów, i to najczęściej u kobiet, najrozmaitsze czynnościowe zaburzenia nerwowe, zaostrzone przez uraz psychiczny, jaki stwarza kiła, przykuwają je na miesiące całe do łóżka. Jeszcze groźniej przedstawiają się te przypadki, gdzie kiła ma złośliwy i gwałtowny przebieg, prowadząc niekiedy do szybkiego zgonu. Największe jednakże niebezpieczeństwo dla całości i dobrobytu małżeństwa płynie z ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego lub krwionośnego, które występują w późnym okresie kiły. Nagłe porażenia połowicze u ludzi stosunkowo młodych, przedwczesna śmierć z rozszerzenia tętnicy głównej, dusznicy bolesnej i t. d. wszystko to ma najczęściej podłoże kiłowe. Ciekawie pod tym względem przedstawiają się statystyki Tow. Ubezpieczonych; Runeberg np. oblicza, że 15% wszystkich zgonów spodowane jest przez kiłę i że średni wiek umierających kiłowych jest bardzo niski, bowiem wynosi 43,4 lat. Przeciętny czas, jaki ubiega od momentu zakażenia do śmierci nie przekracza 20,2 lat. D u n e k e na podstawie danych statystycznych oblicza, że prawdopodobieństwo schorzenia układu naczyniowego jest u kiłowego dwukrotnie większe, aniżeli u osobnika normalnego. Może najgroźniejsze niebezpieczeństwo z punktu widzenia społecznego przedstawiają te przypadki, które kończą się ciężkiemi zmianami nerwowemi w postaci ślepoty, wiądu rdzenia, porażenia postępującego lub innych zaburzeń natury mózgowej. Nie grożą one bezpośrednio otoczeniu zakażeniem, lecz są równoznaczne ze śmiercią społeczną osobnika, czynią z niego w przeważającej większości przypadków inwalidę na całe życie, wreszcie sprowadzają gospodarczą ruinę rodziny i łożą się ciężarem na państwo, które musi niejednokrotnie lata ponosić koszty utrzymania chorego w zakładach leczniczych. Lekarzowi poradni nie wolno zatem opierać przyszłości chorego na łagodnym przebiegu wykwitu pierwotnego lub okresu drugorzędnego.

3) Może najmniej groźne ryzyko stanowi ciąża w małżeństwie kiłowem. Nie znaczy to bynajmniej, byśmy mieli doradzać osobnikom

kiłowym, którzy nieopatrznie i zawcześnie wstąpili w związki małżeńskie, aby płodzili dzieci. Jeśli jednak poczęcie stało się faktem, zadaniem lekarza jest uprzedzić cierpienie u dziecka. Trzeba tylko, aby lekarz wiedział o przeszłości kiłowej małżonków, a wówczas interwencja jego jest niezwykle efektowna. Lekarz poradni ma prawo twierdzić, że chory kiłowy, który leczył się w czasie obcowania z żoną i co najważniejsze leczył żonę w czasie ciąży, nawet jeśli nie zdradzała ona żadnych objawów chorobowych, będzie miał zdrowe dzieci. Inaczej sprawa przedstawia się jeśli matka kiłowa, czy to przez nieświadomość cierpienia, czy też przez niski stopień inteligencji nie zapobiegnie skutkom zakażenia płodowego. W poradniach małżeńskich często będziemy stykali się z tragiczną niemal kwestją nieświadomości młodych kobiet, których mężowie lub narzeczeni przez niski poziom etyki lub obawę zakłócenia harmonji zataili przebytą kiłę. Zrozumiałem jest, że małżeństwo już samo przez się utrudnia mężczyźnie metodyczne leczenie. Musi on kryć się ze swoim stanem, leczy się zatem gorzej i mniej dokładnie, co zatem idzie łatwiej ulega następstwom kiły. Jeszcze w większym stopniu odnosi się to do kobiet, które nie wiedząc wogóle o swoim cierpieniu i zbagatelizowawszy lub przeoczywszy pierwsze objawy kiły, zwracają się

do lekarzy bardzo późno, narażając się tem łatwiej na groźne skutki cierpienia. Statystycznie stwierdzono częstsze występowanie objawów trzeciorzędowych u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Zrozumiałe zatem, że w obliczu osobników kiłowych, którzy zwracają się do poradni przed ślubem, lekarz winien pamiętać, że niebezpieczeństwo cierpienia rozciąga się nietylko w stosunku do małżonków lecz również na dziecko przez nich poczęte. Lekarz winien wyjaśnić przyszłym rodzicom, że kiła wrodzona przejawia się w najrozmaitszych postaciach: upośledzenie wszystkich funkcyj organizmu u matki kiłowej może być tak głębokie i wszechstronne, że następuje samoistne przerwanie ciąży; płód obumiera i wydala się z organizmu ciężarnej z rozległemi zmianami swoistemi. W innych znów przypadkach dziecko rodzi się żywe, lecz odrazu jest obarczone drugorzędowemi zmianami skóry błon śluzowych i narządów wewnętrznych. Kiedyindziej kiła wrodzona ujawnia się dopiero w drugim, czwartym lub dwunastym tygodniu życia. Dziecko rodzi się bez zmian chorobowych, lecz po upływie powyższego czasu występują objawy wtórne, trzeciorzędowe kilaki i t. d. Mówimy wówczas o kile wrodzonej wcześniej. Jeszcze gorzej przedstawiają się te przypadki, gdzie kiła wrodzona ujawnia się późno, to zn. po wielu latach, w wieku dojrzewania płciowego, lub nawet u dorosłych; zmiany dotyczą najczęściej oczu w postaci śródmiąższowego zapalenia rogówki, głuchoty, kilaków, źle poddających się leczeniu, lub przedwczesnego wiądu rdzenia młodocianych. Najczęściej jednakże zdarza się tak, że po jednym lub dwóch kolejnych poronieniach przychodzą na świat dzieci żywe, które pozornie są zdrowe, lecz u których oko lekarza specjalisty wykrywa w wielu przypadkach pojedyńcze tylko znamiona kiły wrodzonej jak np. wadliwe formowanie się zębów, zez, zgrubienia kostne, zahamowany rozwój fizyczny i umysłowy i t. p. Znamiona te wystarczają, aby drogą wywiadu oraz badań serologicznych wejść na właściwą drogę rozpoznania. Znaczenie tych zaburzeń, zwanych dystrofjami, należy podkreślić tu ze specjalnym naciskiem. Co więcej, lekarz poradni winien pouczyć przyszłą matkę, że dziecko może urodzić się bez najmniejszych oznak kiły, badanie krwi, podjęte po urodzeniu może nic nie wykazać, a mimo to, pochodząc od matki lub ojca kiłowego niejednokrotnie bywa nosicielem kiły utajonej, która ujawnia się dopiero w pewnym okresie życia. Widzimy zatem, jak szeroką rolę odgrywa kiła wrodzona w poradnictwie przedślubnem.

Po tych uwagach wstępnych zastanowimy się obecnie jakie warunki niezbędne są, aby lekarz poradni zezwolił kiłowemu na zawarcie małżeństwa:

1) conajmniej 4—5 letni okres od chwili kiedy chory przechodził wykwit pierwszorzędowy,

2) przybycie szeregu leczeń w regularnych, niezbyt oddalonych odstępach czasu przyczem pierwsze leczenie powinno być specjalnie intensywne. Ilość okresów leczeń swoistych pozostawia się każdorazowo indywidualnej ocenie lekarza, który kierując się stanem chorego, określa pauzy pomiędzy poszczególnemi leczeniami oraz wybór i dawki leków. Ze sposobu leczenia nie należy robić schematu, albowiem w myśl współczesnych poglądów nie umiemy określić, kiedy i jakie leczenie możemy uważać za wystarczające,

3) brak jakichkolwiek objawów przynajmniej w ciągu dwuch lat po zaprzestaniu leczenia; stan chorego musi być kontrolowany przez okresowe wizyty u lekarza, przyczem opierania się na stwierdzaniu przez chorego jego dobrego samopoczucia nie wystarcza; lekarz każdorazowo powinien chorego sumiennie zbadać,

4) ujemne odczyny serologiczne, powtarzane przynajmniej co pół roku, bez względu na dobry stan chorego. Odczyn dobrze jest poprzedzić prowokacyjnym zastrzykiem arsenobenzolu,

5) jeśli istnieje najmniejsze podejrzenie co do zmian nerwowych — zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odchylenie komplementu i dodatkowe odczyny (limfocytoza, białko).

U chorych z kiłą wrodzoną prócz powyższych warunków odgrywają jeszcze ważniejszą rolę ewentualne dystrofje, które mogłyby hamować płodność, ciążę lub poród. Lecz nawet jeśli wszystkie te warunki są spełnione, lekarz poradni nigdy nie powinien obiecywać absolutnej gwarancji na przyszłość i ustania wszelkiego niebezpieczeństwa. Jego zadaniem będzie wyjaśnić choremu, że uczynił on wszystko, co od niego było zależnem, co współczesna wiedza może dać mu pod tym względem i że ryzyko nawrotów i ewentualnego zakażenia zmniejszyło się obecnie do takiego minimum, że może on z zupełnie czystym sumieniem wstąpić w związek małżeński. Aby bliżej i w sposób więcej poglądowy wyjaśnić wszystkie te zawiłe kwestje postaram się dać szereg przykładów praktycznej natury z kazuistyki poradni przedślubnej. Przytoczę tu szereg warjantów:

1) Oto osobnik z kiłą wczesną w okresie czynnym. Na zapytanie, kiedy będzie mógł się żenić lekarzowi nie wolno ustalić określonych dat. Należy wyszczególnić mu w sposób oględny wyżej przytoczone warunki i zakończyć oświadczeniem, że jeśli wszystko dobrze pójdzie, żenić się może nie wcześniej aniżeli za 2 — 4 lata. Ze specjalnym naciskiem należy podkreślić to oświadczenie chorym z arsenoodpornością, z częstemi nawrotami leukoplazji błon śluzowych, względnie z objawami, które mogłyby świadczyć o złośliwości zakażenia, jak zapalenie tęczówki, uporczywe bóle głowy, zmiany w konfiguracji źrenicy i jej odruchów. Postępowanie to będzie jednakowe zarówno w stosunku do narzeczonego.

jak i kandydata na małżeństwo jeszcze niezaręczonego; małżeństwo musi być zerwane lub odroczone pod pretekstem np. zagrażającej gruźlicy płuc. Ten fikcyjny stan ułatwia narzeczonemu wytłumaczenie swej wybranej, że stan jego zdrowia grozi jej zakażeniem, a jednocześnie nie obniża jego wartości moralnej, która skądinąd może być przecież b. wysoka. Taki wybieg odwleka narazie sprawę, uspakaja początkowy wstrząs nerwowy u chorego, a przez ten czas lekarz w sposób rozumny i ostrożny narzuca choremu swoją wolę.

Przypadek II: osobnik, który przed kilkoma miesiącami przechodził stwardnienie pierwotne, a który jest w okresie kiły utajonej zwraca się z zapytaniem, czy małżeństwo jego w danej chwili jest możliwe. Zdaniem lekarza będzie wyjaśnić choremu niezbędne warunki, uspokoić go i wytłomaczyć, że zakaz ożenku tem szybciej będzie mógł być cofnięty im sumienniej chory będzie leczony i im częściej chory będzie się poddawał klinicznej i zapobiegawczej kontroli.

Przypadek III: osobnik z objawami kiły 3-ciorzędowej pragnie się ożenić: należy wyjaśnić, że powinno ubiec conajmniej 2 lata od chwili zniknięcia objawów, musi się ustalić ujemny odczyn serologiczny. Przed ślubem bezwzględnie należy przeprowadzić leczenie zabezpieczające.

Przypadek IV: osobnik z kiłą nerwową, zwłaszcza z objawami wiądu rdzenia lub porażenia postępującego, nawet jeśli objawy te są b. dyskretnej natury, z małżeństwa musi definitywnie zrezygnować. Należy być bardzo ostrożnym z wypowiadaniem ostatecznego poglądu na kiłę nerwową i wykluczyć możliwość ciężkiej neurastenji, która u t. zw. syphilophobów może symulować kiłę nerwową, nie mając wcale organicznego tła. Dokładne badanie kliniczne i analityczne z płynu mózgo-rdzeniowego ma tu b. ważne znaczenie.

Przypadek V: osobnik kiłowy bez objawów zapytuje lekarza, który go nie leczył, o prawo zawarcia związku. Lekarz obowiązany jest dokładnie odtworzyć przebieg leczenia najlepiej porozumiawszy się z kolegą, który chorym się opiekował, albowiem chorzy bardzo lubią swe cierpienia przedstawiać jako przestarzałe i wygasłe. Jeśli daty się zgadzają i chory nie miał objawów w ciągu 2 lat od ostatniego leczenia,

przyzwolenie może być dane, oczywiście po b. dokładnem zbadaniu klinicznem i serologicznem. W przeciwnym przypadku lekarz musi zażądać zwłoki celem przeprowadzenia obserwacji, badając chorego dwa razy miesięcznie i dokonywując odczynu z krwią co kwartał. Trzeba pamiętać, że osobnik kiłowy, który zwraca się nie do stałego lekarza może chcieć wprowadzić w błąd lekarza poradni, aby uzyskać pisemne zezwolenie na ożenek dla swej wybranej lub jej rodziny.

Przypadek VI: kobieta, zakażona kiłą pragnie wyjść zamąż. Jeśli choroba pochodzi z zakażenia płciowego, nie należy ukrywać przed nią rozpoznania; sposób zachowania się lekarza nie powinien w niczem różnić się od zachowania w stosunku do mężczyzny. Warunki zezwolenia na małżeństwo są takie same, a może nawet jeszcze surowsze. Jeśli zakażenie było pozapłciowe lub wrodzone i chora nic o niem nie wie, należy uprzedzić rodzinę, że stan chorej, wrazie chęci wyjścia zamąż, wymaga specjalnego zezwolenia lekarza.

Jeśli zwraca się do lekarza rozwódka lub wdowa, należy w sposób możliwie najtaktowniejszy oświadczyć jej o cierpieniu i uprzedzić o niebezpieczeństwie. Tajemnica lekarska jest przytem doskonale zachowana, ponieważ niema potrzeby uświadamiać chorej o pochodzeniu cierpienia; można złożyć je na karb przypadkowości. Naogół lekarze, nie chcąc przerażać chorej i uprzedzać ją do siebie, zwłaszcza jeśli chodzi o kobietę z lepszej sfery, posługują się chwilowym wybiegiem, nie dając wyraźnej odpowiedzi i bijąc na zwłokę. Sposób ten nie leży w interesie chorego, — usypiając jego czujność. Wykrycie kiły jest ciężkim ciosem dla chorego lecz przygotowuje go do myśli o systematycznem leczeniu, kobietę zaś do szczególnej uwagi w tym kierunku w okresie ciąży. Wszystko układa się zatem w myśl konieczności społecznej, jeśli chory wykazuje lojalność w stosunku do zleceń lekarza, lecz ile razy przesłanki korzyści materjalnych, płynących z ożenku, względnie poprostu lekkomyślności i krótkowzroczność pacjenta prowadzi do ciężkich tragedyj i powikłań życiowych. Lekarz musi być dobrym psychologiem i ze sposobu zachowania się oraz aparycji chorego szybko sobie o nim sąd wyrabiać. Jeśli mamy podejrzenie, że etyka pacjenta nie stoi choćby na średnim poziomie należy raczej zagrozić pacjentowi, że jego krok może pociągnąć za sobą skandal publiczny, rozwód i utratę tego, do czego pacjent dąży. Nie sposób byłoby tu przewidzieć wszystkich możliwości, jakie praktyka życia codziennego wysuwa. Ograniczając się do przytoczonych powyżej przykładów, chciałem tu poruszyć jeszcze sprawę wydawania świadectw w poradniach przedślubnych. Otóż tu z całym naciskiem trzeba podkreślić, że poradnia przedślubna musi być całkowicie wolna nawet od najlżejszego cienia biurokratyzmu. Lekarz poradni bowiem operować musi nie suchym dokumentem, lecz prestiżem, płynącym z najwyższego zrozumienia

dobra jednostki i ogółu. W żadnej dziedzinie życia biurokratyzm nie przyniósłby tyle szkody ile właśnie w dziedzinie oficjalnej kwalifikacji kandydata lub kandydatki na małżeństwo. Oto co pisze w tej sprawie Grotjahn, pierwszorzędny znawca higjeny społecznej: „Lekarz musi być b. ostrożny, jeśli żądają od niego piśmiennego stwierdzenia wyniku lekarskiej porady małżeńskiej. Takie bowiem poświadczenie może mieć działanie wystrzału w ciemność, którego skutków sprawca nie może przewidzieć. Łatwo może się zdarzyć, że poświadczenia te będą nadużyte dla uniknięcia obowiązku małżeństwa, lub do innych, nic lekarza nie obchodzących celów. Z drugiej strony jednak nie wolno lekarzowi unikać wystawiania poświadczeń, a nie wolno zwłaszcza wtedy, gdy mają one posłużyć do zerwania zaręczyn, niepożądanych w znaczeniu eugenicznem. Radzimy pisać takie poświadczenia możliwie krótko i przytoczyć w nich tylko najważniejsze fakty i wyniki badań“. W odniesieniu do kiły uwagi te mają szczególne znaczenie, bowiem tkwi w nich niebezpieczeństwo, rozciągające się nietylko na 2 jednostki, wiążące się ze sobą, lecz co znacznie ważniejsze na przyszłe pokolenie. Podchodząc praktycznie do rzeczy należałoby ustalić najdogodniejszy tekst dla podobnych świadectw. Osobnikom z kiłą czynną świadectw oczywiście nie wystawia się. Tu musi wystarczyć ustny zakaz ożenku; pozostają zatem osobnicy kiłowi całkowicie bezpieczni, którzy odpowiadają wyżej wyszczególnionym, nie-

zbędnym dla ożenku, warunkom. I tu należy podkreślić, że tekst tych świadectw musi być identyczny zarówno dla osobników, którzy kiłę przechodzili, jak i tych, którzy nigdy nie chorowali; w ten sposób usuwa się możliwość podejrzeń, jaka mogłaby wypłynąć z różnicy brzmienia świadectw. A zatem pisać należy:

„Ja, niżej podpisany, po zbadaniu p. X, Y, Z (nazwisko, imię i data badania) stwierdzam, że wyżej wymieniony jest zdolny, czasowo niezdolny lub zupełnie niezdolny do pożycia małżeńskiego. Świadectwo to wydaje się p. X, Y, Z na własne żądanie“. Oto wszystko. Lekarzowi nie wolno wystawiać świadectw o treści zbliżonej np. do następującego tekstu: „Niniejszem stwierdzam, że leczyłem p. X, Y, Z w ciągu tylu a tylu lat i że w okresie tym nie stwierdziłem u niego żadnych objawów kiły; lub p. X, Y, Z nigdy nie leczył się u mnie na kiłę i t. p., ponieważ, lekarz nie może poświadczać podobnych okoliczności, z drugiej zaś strony brak podobnego oświadczenia mógłby łatwo nasunąć myśl, że pretendent do małżeństwa kiłę przechodził. Wyrażano obawy, że świadectwa poradni mogą obrażać t. zw. popularnie ludzi uczciwych. Jest to pogląd zgoła niesłuszny, ponieważ chory kiłowy, zgłaszający się do poradni od pierwszego dnia uprzedzony jest przez lekarza o warunkach w jakich wolno mu się żenić, zaś osobnicy z t. zw. syphilophobją wyjdą od lekarza uspokojeni i zapewnieni o nienaruszonem zdrowiu. Lekarze poradni niejednokrotnie będą się stykali z osobnikami, którzy będą żądali świadectw, czy naskutek t. zw. syphilophobji, czy też naskutek pedantycznej uczciwości w stosunku do wybranej i jej rodziny, wreszcie będą się zjawiać i tacy, od których rodzina będzie żądała świadectwa lekarskiego. W każdym przypadku lekarz obowiązany jest dokonać b. dokładne badanie, sprawdzić czy niema jakichkolwiek oznak kiły wrodzonej i wymagać przeprowadzenia badania krwi. Jeśli ma się najmniejsze podejrzenie co do istnienia objawów nerwowych, należy zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy. Pozostaje jeszcze do omówienia kwestja zachowania się osobników kiłowych po ślubie. Sprawa ta wiąże się niezmiernie ściśle z działalnością poradni. Małżeństwo kiłowe musi być przez lekarza poradni odpowiednio pouczone i musi nagiąć swoje pożycie do pewnego regime‘u higjenicznego. A zatem jeśli jedno z małżonków przechodziło kiłę, niezbędnem jest stała uwaga; w razie podejrzanych oznak należy zastosować w pożyciu natychmiast środki zapobiegawcze, względnie przerwać wszelkie zbliżenia płciowe, przynajmniej do chwili interwencji lekarza. Małżonek kiłowy winien w razie najmniejszego podejrzenia skłonić żonę do poddania się oględzinom lekarskim. W okresie ciąży bez względu na brak jakichkolwiek objawów niezbędne jest przeprowadzenie swoistego leczenia zabezpieczającego oraz częste i sumienne badanie ciężarnej. Po urodzeniu dziecka natychmiastowe zabranie krwi z pępowiny, celem przeprowadzenia

badania serologicznego. Późniejsze pobieranie krwi od dzieci jest trudne i robi przykre wrażenie na bliskich. Jeśli wynik badania krwi matki jest dodatni, natomiast u dziecka ujemny należy powtórzyć je u dziecka po upływie 3 — miesięcy. Trzeba wytłomaczyć rodzicom, że w razie dodatniego wyniku badania dziecko musi być leczone, choćby nie było najmniejszych śladów kiły; również należy leczyć zabezpieczająco, jeśli odczyn dziecka jest ujemny, natomiast u matki dodatni. W żadnym przypadku nie wolno powodować się brakiem dodatniego odczynu u dziecka lub u matki, jeśli dziecko wykazuje choćby najmniejsze oznaki kiły wrodzonej. W dalszym ciągu lekarz obowiązany jest pouczyć, że bez względu na wynik badania po urodzeniu. karmienie dziecka nie należy powierzać mamce, lecz czynność tą bezwzględnie winna wykonywać matka. Dziecko osobnika kiłowego musi pozostawać przez szereg lat pod

opieką lekarza i ulegać okresowym badaniom w zorganizowanych już stacjach opieki zdrowotnej dla dzieci. Jak wynika z powyższego, osobnicy żeniący się lub wychodzący zamąż, którzy przebyli w swem życiu kiłę winni z poradni przedślubnej wynieść pewien kodeks higjeniczny, zaszczepiony im przez lekarza wraz z całkowitem przekonaniem do celowości tych zleceń.

Trudno byłoby przewidzieć tę mnogość odmian jakie nastręczyć może życie w dziedzinie porad przedślubnych. Prócz banalnych bowiem sytuacji mogą zdarzyć się przypadki zgoła nieoczekiwane i wyjątkowe. Rozwiązanie ich zależeć będzie od inteligencji i erudycji lekarza poradni, który w takich razach będzie rozstrzygał indywidualnie. Stanowisko takie zatem objąć może tylko lekarz doświadczony i wyszkolony w tym kierunku.

Dla wyczerpania całokształtu, chciałbym jeszcze poruszyć pokrótce kwestję prawodawstwa przedślubnego, które w miarę postępów wiedzy eugenicznej siłą rzeczy narzuca się sferom kierowniczym. Jakkolwiek dotychczasowe zainteresowanie się społeczeństwa zagadnieniami eugenicznemi jest jeszcze b. niewielkie, jednak w opinji inteligentniejszych sfer kwestja wprowadzenia obowiązkowych świadectw dla wstępujących w związki małżeńskie staje się powoli coraz aktualniejszą. Miarą tych prądów mogą być próby, narazie jeszcze lokalne, wprowadzenie podobnej ustawy w życie. W niektórych Stanach Ameryki Północnej oraz w Szwecji każdy osobnik, pragnący wstąpić w związek małżeński musi przed ślubem złożyć ustawowo przepisaną przysięgę, że nie jest chory wenerycznie, a w razie takiej choroby, może być wydany zakaz zawarcia małżeństwa. Przepis ten w Szwecji przedstawia się o tyle realnie, że walka z chorobami wenerycznemi w tem państwie ujęta jest w zupełnie inne karby, a organizacji tej walki przewiduje nawet prawo złamania tajemnicy lekarskiej, jeśli lekarz dowie się, że chory kiłowy zamierza się żenić. Na gruncie naszym, gdzie kwitnie jeszcze reglamentacja prostytucji i gdzie planowa walka z chorobami wenerycznemi natrafia na trudności najrozmaitszej natury, podobne przepisy są narazie nie do pomyślenia. Rodzi się jednakże pytanie, czy w dziedzinie życia płciowego szerokich mas ludności dadzą się wogóle zaprowadzić jakieś normy prawne. Nasuwa się tu szereg wątpliwości, których nie można odrzucić. Obowiązek przedstawienia świadectwa zdrowia przez pretendentów do związku mógłby stanowić utrudnienie małżeństwa, co nie jest wcale pożądane z punktu widzenia eugenicznego. I w tem właśnie tkwi słaby punkt podobnych przepisów prawnych, bowiem pierwszem dążeniem eugeniki jest wyeliminować i ograniczyć ad maximum wszystko, co mogłoby stać na przeszkodzie swobodnemu rozwodowi ludności, która w większości kulturalnych krajów wyraźnie zmniejsza się liczebnie. Zachodzi jed-

nakże obawa, że wszystkie te rozważania mogą mieć wartość czysto teoretyczną wobec faktów, które wysuwa samo życie. Bowiem według bardzo sumiennych statystyk, prowadzonych przez poradnie drezdeńskie, okazuje się, że dziewięćdziesiąt kilka procent zgłaszających się utrzymywało już stosunki płciowe ze sobą przed ślubem. Jasnem jest, że w takich przypadkach obowiązek przedstawienia świadectwa zdrowia lub jakiekolwiek normy prawne całkowicie tracą swą wartość. Kończąc, chciałbym podzielić się tu nieodpartem wrażeniem, że opanować żywioł płciowy może tylko wysoki autorytet moralny wiedzy, który słowami prawdy obudzi w masie poczucie najwyższej odpowiedzialności wobec siebie i przyszłych pokoleń. Oto zaszczytna misja świata lekarskiego.

Podał Dr. E. M. MYSTKOWSKI (Warszawa).

O GOSPODARCE WAPNIOWEJ USTROJU.

Zagadnienie gospodarki mineralnej ustroju a zwłaszcza gospodarki wapniowej jest tematem aktualnym zarówno w biologji jak i medycynie praktycznej. Dość wspomnieć o stosowaniu soli wapniowych w lecze-

niu tężyczki, zaburzeń w kostnieniu, gruźlicy i wielu innych schorzeniach. To stosowanie lecznicze niezawsze ma swe uzasadnienie teoretyczne, jak się to dzieje np. z podawaniem chlorku wapniowego w gruźlicy płuc. stąd liczni przeciwnicy wobec coraz mniejszej ilości zwolenników tej metody leczniczej. W innych natomiast razach jak np. przy leczeniu pewnych postaci tężyczki, teorja stoi w ścisłym związki z praktyką, uzasadniając niezawodne wyniki lecznicze.

Zagadnieniem roli wapnia w ustroju zajmowali się w latach ostatnich liczni badacze jak Rona i Fakohashi, Frendenberg i György, Briukmann i von Damm, Collip, Snapper, Guillaumin, Holt, Hastings i inni, zaś w r. 1930 zagadnienie to było tematem XXI Kongresu francuskiego medycyny wewnętrznej w Liège.

W ustroju ludzkim wapń znajduje się prawie we wszystkich narządach i płynach ustrojowych. I tak mięśnie zawierają 6 — 10 mg.% Ca, skóra 20 mg.%, nerki 3 — 21 mg.%, wątroba 2 — 35 mg.%, osocze 10 — 12 mg.%, żółć 60 — 100 mg.%, mleko 14 — 36 mg.%, płyn mózgowo-rdzeniowy 6 — 11 mg.%, sperma 14 mg.%. Największa ilość wapnia znajduje się oczywiście w kościach — 12 — 24%.

Rola wapnia jest przytem wieloraka, przeważnie jednak dotąd niedostatecznie poznana, stale będąca przedmiotem badań experymentalnych i dociekań teoretycznych. W artykule niniejszym postaramy się dać obraz współczesnych poglądów na ten interesujący temat.

Przedewszystkiem należy omówić stan i zawartość wapnia we krwi, gdyż cały szereg stanów patologicznych ma tu właśnie swój wyraz.

Guillaumin podaje dla osocza wartości 9.5 — 10.5 mg% Ca, dla krwinek czerwonych 1 — 2.5 mg.%, dla krwinek białych 49.4 mg.%

Autorzy niemieccy podają dla surowicy wartość 10 — 12mg.% CaO.

Ciekawy jest fakt, że wapnia w surowicy jest „za dużo". Ze stosunków rozpuszczalności soli wapnia w postaci fosforanów i węglanów Rona i Fakohashi obliczyli, że w surowicy jest miejsce jedynie na około 2 mg.% wapnia, podczas gdy w rzeczywistości jest go 4 — 5 razy więcej.

Przy rozpatrywaniu tego zagadnienia okazało się, że z całej ilości, 10 — 12 mg. wapnia na 100 cc. surowicy, jedynie 6 — 7 mg. dializuje, druga zaś frakcja 4 — 5 mg. znajduje się w postaci niezdolnej do dializy.

Nie cała jednak frakcja dializująca znajduje się w postaci zjonizowanej; w polu elektrycznem tylko 2 — 3 mg. wędruje do katody. W jakiej postaci występuje ta druga niezjonizowana część frakcji dializującej — dotychczas niema zgodności między badaczami. którzy się tą sprawą zajmowali. Kleinmann sądzi, że ta część występuje jako roztwór przesycony fosforanu wapniowego, Mond i Nette, że jako roztwór prze

sycony węglanu wapniowego, utrzymującego się w roztworze dzięki koloidom krwi, Klinke i inni są zdania, że znajduje się ona w postaci soli sprzężonych, dopuszczających jej rozpuszczalność w surowicy.

Druga frakcja wynosząca 4 — 5 mg. występuje naprawdopodobniej jako połączenie białkowe i dlatego ta frakcja nie dializuje. Okazało się, że zdolność wiązania się wapnia z białkiem zależy od punktu izoelektrycznego białka.

Stąd wynika nierównomierny podział wapnia we krwi między ciałka a osocze, gdyż punkt izoelektryczny hemoglobiny leży niżej niż białek surowicy.

Rola poszczególnych frakcji wapniowych w osoczu już w stanie fizjologicznym nie jest jednakowa. Najwięcej znaczenia przypisuje się obecnie frakcji zjonizowanej. Zdaje się, że w krzepnieniu krwi tylko ta frakcja odgrywa rolę. Podobnie rzecz się ma z działaniem wapnia na mięśnie, a zwłaszcza na mięsień sercowy, jak również z wpływem na wydalanie glukozy i chlorków przez nerki.

Rola wapnia dializującego lecz niezjonizowanego jest, podobnie jak i jego stan w osoczu, niejasna. Brull przypuszcza, że ta część warunkuje wydalanie wapnia przez nerki. Hypoteza ta jest jednak niejasna i niepoparta dostatecznymi dowodami experymentalnemi. Co do frakcji niedializującej, to stanowi ona prawdopodobnie rezerwę dla frakcji poprzednio omówionej, pozatem niewiele wiemy o jej znaczeniu.

Między poszczególnemi frakcjami mogą zachodzić przesunięcia. Zwiększenie stężenia jonów wodorowych, a więc przesunięcie reakcji w stronę kwaśną, pozostaje zwiększenie frakcji dializującej kosztem frakcji do dializy niezdolnej; podobnie wpływa zmniejszenie ilości białka w osoczu. W stanach fizjologicznych przesunięcia te prawdopodobnie nie zachodzą, liczby bowiem podane dla poszczególnych frakcyj są dość stałe. Dzieje się to dzięki doskonałemu urządzeniu regulującemu, utrzymującemu stosunki poszczególnych jonów oraz stężenie jonów wodorowych na prawie niezmiennym poziomie. Również i całkowita ilość wapnia w osoczu wykazuje nieznaczne tylko wahania.

Wahania poziomu wapnia w osoczu w zależności od wprowadzenia soli wapnia drogą pokarmową są nieznaczne i przejściowe. Zależą one od szybkości resorbcji, na którą ze swej strony wpływa rodzaj anjonu, z którym katjon Ca został podany. Podobnie i dożylnie wprowadzenie wapnia powoduje jedynie przejściowe i krótkotrwałe podniesienie jego poziomu.

Doświadczalnie, po podaniu człowiekowi 1 gramu chlorku wapniowego dożylnie, stwierdzono wzmożone wydalanie z moczem, którego maximum występowało po 30 — 40 minutach, obok tego, należy przy-

puścić, wzmogło się i wydalanie drogą jelitową. Całkowity nadmiar wydala się przed upływem 24 godzin (Henry i Nogradi). Prawdopodobnie rolę przejściowego magazynu wapniowego odgrywa układ kostny, bowiem podniesienie poziomu we krwi jest przy tych doświadczeniach nieznaczne.

Jako efekt wprowadzenia wapnia do ustroju otrzymujemy acidozę: obniżenie zasobu zasad osocza a nawet spadek pH. To działanie zakwaszające polega na wypieraniu dwuwęglanu przez chlorki. Towarzyszy temu obniżeniu napięcia pęcherzykowego CO_2, wzmożenie ilości amonjaku w moczu, obniżenie pH w moczu oraz wydalanie z kałem $CaHPO_4$ $Ca_3(PO_4)_2$, Ca Co_3.

Z wahań fizjologicznych poziomu wapnia w osoczu wymienić należy różnicę między krwią żylną a tętniczą. Binet i Blauchetière znaleźli, że poziom wapnia we krwi tętniczej jest o 0.5 do 2.5 mg % niższy niż we krwi żylnej. Cloetta twierdzi, że we śnie występuje hypocalcemja, połączona ze zwiększeniem współczynnika K i Ca.

, c. d. n.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

O STOSOWANIU CUKRU GRONOWEGO WRAZ Z INSULINĄ W TERAPJI SERCOWEJ. RIMBAUD, BALMES.

Anselme-Martin (Presse med. Nr. 90, 1931 r.).

Pierwsze próby kliniczne jednoczesnego podawania cukru gronowego i insuliny w przebiegu chorób serca rozpoczęto względnie niedawno. W 1924 r. Pick w kilku przypadkach niedomogi serca otrzymał wyniki dodatnie pod wpływem tego leczenia, spostrzeżenia te potwierdził później Thalimer w trakcie swych badań nad metodami leczenia kwasicy pochodzenia niecukrzycowego. Osato w 1926 r. opisał dokładnie obserwacje kliniczne, dotyczące 6 osobników z niedomogą serca, leczonych podawaniem cukru gronowego i insuliny. We wszystkich tych przypadkach w krótkim czasie nastąpiło zniknięcie zaburzeń czynnościowych. Budingen w 2 przypadkach nieodwracalnej niedomogi serca uzyskał także dobre wyniki. Niektórzy autorzy jak Bichel, Allard, Kisthinios i Gomez łączyli tę terapję z preparatami naparstnicy względnie ouabainy.

Autorzy w pracy niniejszej przeprowadzili systematyczne badania nad działaniem cukru gronowego i insuliny w niedomodze serca. W badaniach tych posługiwali się 50% roztworem rozszczepionego cukru trzcinowego, który podawali doustnie. Rozpoczynali od podawania 100 gr. 50% roztworu i gdy na 5 dzień nie było poprawy, podwajali dawkę. Insulinę na początku leczenia stosowali w ilości 5 jednostek podskórnie, w razie nieuzyskania poprawy na 5 dzień podnosili dawkę do 10 jednostek. Czas trwania leczenia wahał się od 10 — 12 dni. Rano naczczo wstrzykiwano insulinę, po 15 minutach chory wypijał 100 gr. 50% roztworu cukru. Wskazanem aczkolwiek nie bezwzględnie niezbędnem jest

określenie przed rozpoczęciem leczenia poziomu cukru we krwi. W każdym przypadku obserwowano przebieg kliniczny, badano ciśnienie krwi, wykonywano krzywe sfigmograficzne i elektrokardjograficzne. Autorzy podają wyniki, dotyczące 21 przypadków.

1°. Wpływ na poszczególne objawy.

A. Objawy podmiotowe jak duszność wysiłkowa i spoczynkowa, kołatanie serca i bóle anginoidalne prawie zawsze zmniejszały się. Poprawa ta wyraźnie dotyczyła 3 chorych z ortopnoe, z których jeden od 3 miesięcy nie przybierał pozycji leżącej; duszność ustąpiła tu przed innemi objawami niedomogi. W lżejszych przypadkach niedomogi poprawa zaznaczała się już po 48 godzinach w niedomodze lewokomorowej, duszność wysiłkowa ustępowała na 8 dzień, w niedomodze na tle choroby Basedowa poprawa była nieznaczna.

B. Objawy osłuchowe. W przypadkach niedomogi z głuchemi tonami pod wpływem leczenia tony stawały się głośniejsze, w jednym przypadku niedomykalności zastawki dwudzielnej w stanie niewyrównania szmer skurczowy nad koniuszkiem nasilił się. Objawy te są wyrazem pobudzenia energji mieśnia sercowego przez odżywcze działanie glukozy.

C. Tętno ulegało niewielkim zmianom, w jednym tylko przypadku ilość tętna z 80 spadła na 54. Bradykardja ta zależała prawdopodobnie od działania wagotonicznego insuliny.

D. Diureza. U wszystkich chorych z objawami zastoju ilość moczu się zwiększała. Wzrost diurezy ujawniał się po 48 godz. i dość długo się utrzymywał. W niektórych przypadkach ilość moczu z 450 cm. podnosiła się do 1½litra. Obrzęki również szybko znikały, niekiedy już na 3 dzień.

2°. Wpływ na różne typy niedomogi serca.

A. Niedomoga nieodwracalna. Autorzy zgrupowali tu 5 przypadków niedomogi serca, opornych na preparaty naparstnicy i ouabainy. W 2 przypadkach stosowano tylko cukier z insuliną; wynik leczenia był zupełnie nieoczekiwany: duszność i inne objawy podmiotowe znikły, diureza znacznie się wzmogła. W pozostałych 3 przypadkach z tej grupy przez 5 dni stosowano tylko cukier z insuliną, ponieważ nie uzyskano w ten sposób żadnej poprawy, na 6 dzień dodano preparaty naparstnicy. W jednym z tych przypadków ujawniła się poprawa, utrzymująca się 20 dni po leczeniu, w 2 pozostałych brak było dodatniego wyniku. Przypadki te dowodzą kardjotonicznego działania cukru zwłaszcza w przypadkach opornych na inne środki lecznicze.

B. Niedomoga, ulegająca poprawie pod wpływem napastnicy. Autorzy porównywali tu wyniki otrzymane po stosowaniu naparstnicy z wynikami po podawaniu cukru z insuliną. Rezultaty były naogół te same, działanie cukru trwało jednak dłużej.

C. Niedomoga lewokomorowa. W jednym przypadku niedomogi lewokomorowej II stopnia ouabaina dała wynik częściowy: zmniejszyła się duszność, lecz pozostały bóle dławicowe. Podanie cukru z insuliną usunęło ten objaw całkowicie. Biorąc pod uwagę, że zjawiska bólowe w niedomodze serca lewokomorowej są zależne od rozszerzenia serca, zniknięcie tych objawów można wyjaśnić powrotem serca do wielkości prawidłowej pod wpływem tonizującego działania cukru. Za przypuszczeniem tem przemawia także powrót obniżonego ciśnienia do wartości prawidłowej. Działanie glukozy jest naogół tem wydatniejsze, im mniej dotknięty jest mięsień sercowy. W niedomodze lewokomorowej III stopnia glukoza działa znacznie słabiej i połączenie z naparstnicą staje się konieczne.

D. Arytmje.

a) extrasystoliczna. W jednym przypadku niedomogi prawokomorowej na tle rozedmy przed leczeniem stwierdzało się 18 skurczów dodatkowych na minutę, po leczeniu bądź było ich brak, bądź 2 — 4. W drugim przypadku mesaortitis luetica z niedomogą skurcze dodatkowe nadal się utrzymywały. Elektrokardjograf wykazał w I-ym przypadku skurcze dodatkowe przedsionkowe i prawidłowe zespoły komorowe, w II-im zaś skurcze dodatkowe węzłowe i komorowe i uszkodzenie mięśnia sercowego, ujawniające się w nieprawidłowych zespołach komorowych. Przypadek ten także potwierdza przypuszczenie, że działanie odżywcze glukozy jest tem lepsze, im mniej uszkodzony jest mięsień sercowy.

b) arythmia completa. Na 6 przypadków w 3 brak było wyniku, w 3 zaś wynik był częściowy.

E. Nadciśnienie tętnicze. Pod wpływem leczenia obniżało się zarówno ciśnienie skurczowe jak i rozkurczowe. Spadek wynosił 2 — 2½ cm., zależał on prawdopodobnie od insuliny.

F. Niedomoga na tle choroby Basedowa. Wyniki były naogół minimalne. Z tego zestawienia wynika, że cukier z insuliną znacznie wzbogaca arsenał środków nasercowych. Ta metoda leczenia daje dobre wyniki w przypadkach niedomogi serca, opornej na naparstnicę i w niedomodze lewokomorowej I i II stopnia.

WYNIKI I WSKAZANIA DO LECZENIA SOLAMI WAPNIA.

E. Bardth (Therapie der Gegenwart, Nr. 2, 1932).

Od chwili ukazania się prac Loeb'a zwraca się coraz większą uwagę na wybitną rolę, jaką odgrywają sole nieorganiczne w zjawiskach życiowych. Przekonano się niebawem, że sole te wywierają wpływ na zasadniczą czynność komórek, na pobudliwość mięśni i nerwów. Działanie soli nieorganicznych uzależnione jest od jonów. Dla utrzymania prawidłowej czynności narządów niezbędna jest obecność jonów Na, K, Ca i Mg w stałem, ściśle określonem stężeniu. Kraus i Zondek są zdania, że katjony K i Ca regulują czynność układu wegetatywnego. Drażnienie nerwu współczulnego zwiększa ilość jonów Ca, drażnienie nerwu błędnego zwiększa ilość jonów K. Leczenie solami wapnia oparte jest na doświadczeniach laboratoryjnych i obserwacjach klinicznych.

Działanie soli wapniowych. U człowieka wprowadzenie dożylne 10 cm^3 10% chłorku wapnia zwalnia tętno, zwolnienie to wkrótce znika. Ciśnienie krwi nieco się podnosi, duże dawki mogą doprowadzić do omdlenia na skutek zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo-komorowego; z tego względu należy unikać wprowadzania większych ilości wapnia dożylnie.

Zwykle obserwuje się moczopędne działanie soli wapnia, przyczem diureza wzmaga się po stosowaniu dożylnem, względnie po dużych dawkach doustnych. Jednocześnie zmniejsza się wydalanie azotu z moczem, białkomocz obniża się znacznie. Przemiana wapniowa ustroju pod wpływem wprowadzania soli Ca ulega niewielkim zmianom. dożylne zastrzyki zwiększają na krótki tylko czas poziom wapnia we krwi. Wprowadzone ilości wapnia zostają częściowo odłożone w układzie kostnym, częściowo ustrój wydala je z moczem i kałem. Podawanie jednocześnie z solami wapnia wyciągu z gruczołów przytarczycznych podnosi znacznie poziom wapnia we krwi; ta metoda znalazła zastosowanie w tężyczce, cechującej się znaczną hypocalcemją. Witamina D, podawana jako tran bądź jako Vigantol wpływa dodatnio na rozmieszczenie wapnia we krwi i tkankach. Tego rodzaju pośrednią terapję wapniową stosuje się w zaburzeniach odżywczych, awitaminozach, w krzywicy i zaburzeniach rozwojowych układu kostnego. Wpływ soli wapnia na pobudliwość nerwową znany jest oddawna, solom wapnia przypisuje się działanie uspokajające; pobudliwość kory mózgowej i ośrodków ruchowych rdzenia znacznie się obniża. Dożylne zastrzyki chlorku wapnia działają pobudzająco na układ wegatywny z przewagą działania na nerw błędny. Przy obniżonym poziomie wapnia w ustroju lub w zaburzeniu rozmieszczenia Ca we krwi i tkankach stwierdza się wzmożenie pobudli-

wości mięśniowej. Czynność wydzielnicza i motoryczna żołądka po dożylnem wprowadzeniu większych ilości wzmaga się. W stawach kurczowych jelit Ca działa antispastycznie, dlatego też w nieżytach kiszek stosuje się sole wapnia. Wapń zmniejsza przepuszczalność naczvń krwionośnych; Chiari i Januschke wykazali działanie przeciwzapalne w sztucznie wywołanych zapaleniach opłucnej. Zmniejszenie przepuszczalności naczyń jest podstawą dodatniego działania w niektórych chorobach skóry i stanach allergicznych. Krzepnienie krwi i czas krwawienia w niektórych przypadkach skazy krwotocznej ulegają pod wpływem soli Ca poprawie. Badania Borbely'ego niedwuznacznie wykazały działanie hamujące krwawienia, dlatego też tak rozlegle stosuje się wapń jako haemostypticum.

Leczenie zastrzykami dożylnymi wapnia stanów ostrych. Tu należą następujące sprawy chorobowe: 1. krwawienia rozmaitego pochodzenia, 2. napady dychawicy oskrzelowej i tężyczki, schorzenia allergiczne, przebiegające z pokrzywką i obrzękiem Quincke'go, 3. otrucia kwasem szczawiowym, arsenem, ołowiem, gazami bojowymi, 4. zapalenia płuc i niektóre choroby serca. Dawniej w sprawach tych stosowano wapń dożylnie, obecnie jednak wytwarza się preparaty, które można stosować domięśniowo i podskórnie. Wapń dożylnie należy stosować powoli celem uniknięcia zbyt mocnych odczynów. W krwotokach płucnych, jelitowych i żołądkowych stosowanie wapnia daje bardzo dobre wyniki. Napady tężyczki można opanować kilkoma zastrzykami Ca, aby jednak podnieść poziom wapnia we krwi na dłuższy czas należy jednocześnie podawać wyciągi z gruczołów przytarczycznych. Niepewne jest działanie wapnia w dychawicy oskrzelowej. Pojedyńcze napady mogą wprawdzie znikać pod wpływem tej terapji, nie należy jednak spodziewać się trwałego wyniku. Stany allergiczne reagują dobrze na wapń np. choroba posurowicza i pokrzywka. Domenę dożylnej terapji stanowią otrucia arsenem, kokainą i ołowiem. Ostatnio poleca się sole Ca w zapaleniu płuc i przewlekłych nieżytach oskrzeli. W chorobach serca niektórzy autorzy stosują wapń, przytem podkreślają podobieństwo jego

działania do działania naparstnicy. Dodatni wpływ jest uwarunkowany w głównej mierze działaniem moczopędnem, pozatem sole Ca działają dobrze w tachykardjach.

Doustne stosowanie soli wapnia. Tylko po dłuższem stosowaniu soli wapnia udaje się przesunąć równowagę elektrolitów na korzyść jonów Ca. W zaburzeniach odżywczych, zahamowaniu wzrostu, należy uwzględnić także 2-gi czynnik — brak w ustroju czynnika utrwalającego sole wapnia, mianowicie witaminy D. Po dodaniu witaminy bilans wapniowy staje się dodatnim. Pedjatrzy zalecają przeto podawanie soli wapnia w tranie. W chorobach serca i naczyń, doustne podawanie wapnia odgrywa podrzędną rolę. Ze względu na działanie moczopędne można stosować sole Ca celem wzmocnienia działania naparstnicy. W leczeniu nadciśnienia tętniczego, stosowane dawki po 0,5 gr. są zbyt małe, by mogły dać jakikolwiek wynik. Z dobrym wynikiem stosuje się sole wapnia w nerczycach, przebiegających z dużymi obrzękami. Blum poleca wapń przy marskości wątroby, w zapaleniach opłucnej i polyserositach. Działanie wapnia ma tu polegać na wyparciu Na, obdarzonego własnością zatrzymywania wody. Przypuszczalnie jednak chodzi tu o przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej ku kwasicy i o zmianę kolloidów krwi. (Barath). W gruźlicy płuc ostatnio znowu gorąco poleca się stosowanie wapnia. Dotąd jednak nie udowodniono, że gruźlica powoduje ciężkie zaburzenia w przemianie wapniowej ani też nie wykazano udziału wprowadzonych soli Ca w procesie zwapnienia ognisk gruźliczych. W każdym razie wapń w gruźlicy wywiera dodatni wpływ, zmniejszając ilość plwociny, obniżając ciepłotę. Pozatem stosuje się wapń w nerwicach roślinnych i ogólnych, jako Calcium phosphoricum bądź jako Calcium bromatum w ilości 8 — 10 gramów dziennie.

O LECZENIU WRZODU ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY ZASTRZYKAMI PODSKÓRNYMI PEPSYNY.

GLAESSNER. (Pr. medicale 13 stycznia 1932 r.).

Wiele spostrzeżeń przemawia, zdaniem autora, za wybitną rolą, jaką odgrywa sok żołądkowy w powstawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy.

1° Miejsce powstawania wrzodu trawiennego jest typowe: powstaje on tylko tam, gdzi sięga działanie soku żołądkowego.

2° W okresie gojenia się i bliznowacenia wrzodu zmniejsza się ilość soku żołądkowego.

3° Przez usunięcie części odźwiernikowej udaje się uzyskać bezsoczność i w ten sposób przeszkodzić można zjawieniu się ponownemu wrzodu.

Wynika z tego, że obecność soku żołądkowego stanowi conditio sine qua non powstania wrzodu, obok tego jednak istnieć musi dyspozycja lokalna bądź to w postaci drobnego wylewu krwawego, zatoru małej tętniczki, miażdżycy naczyń. Autor w 1921 r. przekonał się, że można otrzymać owrzodzenia skóry i śluzówek przez doskórne względnie dośluzówkowe zastrzyki chlorowodorku pepsyny. Owrzodzenia te pozostawione samym sobie goiły się po 4 — 6 tygodniach; goją się one znacznie łatwiej, gdy stosuje się podskórne roztwory obojętnej pepsyny, owrzodzenia znikają wówczas po 15 dniach. Te spostrzeżenia stały się punktem wyjścia użycia pepsyny jako środka leczniczego przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy. Stosowanie pepsyny nastręczało jednak znaczne trudności ze względu na to, że nie można jej sterylizować, gdyż przy 36° pepsyna traci swoje działanie. Udało się jednak autorowi przefiltrować roztwór pepsyny przez sączek porcelanowy; przez dodanie do przesączonego roztworu antyseptyku (kwas karbolowy) otrzymał rozczyny całkowicie jałowe. Roztwór pepsyny użyty do zastrzyków musi być obojętny, zastrzyki są nieszkodliwe i niebolesne, większe dawki mogą powodować zaburzenia anafilaktyczne, polegające na obrzmieniu i zaczerwienieniu skóry i podwyższeniu ciepłoty ciała.

Chory dwa razy do roku otrzymuje po jednej serji, składającej się z 30 zastrzyków. Autor rozpoczyna od dawki 0.2 cm. przez 3 dni, co 3 dni podnosi dawkę o 0.1 cm., dochodząc do jednorazowej dawki 0.5 cm., którą stosuje przez 12 dni. Potem co trzy dni obniża dawkę o 0.1 cm., kończąc na dawce początkowej 0.2 cm.

Autor dotychczas stosował to leczenie w 600 przypadkach wrzodów żołądka, dwunastnicy i jelita czczego, nie wymagających leczenia chirurgicznego .W przypadkach krwotoków żołądkowych rozpoczynał autor stosowanie zastrzyków pepsyny dopiero po trzech tygodniach od chwili wystąpienia krwotoku. W ciągu ostatniego roku zebrał autor 130 przypadków leczonych tą metodą. 23 — ulc. ventriculi, ulc. duodeni i 2 ulc. jejuni.

W każdym przypadku badano przed i po leczeniu a) kwasotę żołądka, b) wagę, c) wykonywano zdjęcie rentgenologiczne żołądka, d) wydzielanie czerwieni obojętnej przez sok żołądkowy, e) badanie kału.

a) kwasota obniżyła się w 50 na 94 przypadki, w 44 utrzymywała się na tym samym poziomie względnie podnosiła się. 40% tych przypadków wymagało ponownego leczenia zastrzykami pepsyny, gdyż tylko przez obniżenie kwasoty możliwe jest całkowite wyleczenie.

b) waga w 8,8% pozostawała bez zmian, w 6,6% zmniejszyła się, przyczem ubytek wahał się od 0,5 — 2,5 klgr, w 85% powiększyła się, przyrost dochodził do 14 kgr.

c) ocena zdjęć rentgenologicznych jest b. trudna, gdyż zmiany są często nieodwracalne, nawet po wyleczeniu. W 72,4% stwierdził autor polepszenie polegające na zniknięciu punktu bolesnego, zjawienie się opuszki i zniknięcie niszy, w 27,6% — obraz pozostał bez zmian.

d) wydzielanie czerwieni obojętnej metodą Wittgensteina i Haessena badano w większości przypadków. U osobnika normalnego po wstrzyknięciu 5 cm 1% roztworu czerwieni obojętnej po 15 minutach barwik zjawia się w soku żołądkowym, przy wrzodzie sok żołądkowy zabarwia się wcześniej. W 70% przypadków naskutek terapji pepsynowej następowało zwolnienie czasu wydzielania.

e) krew utajona w kale znikała we wszystkich przypadkach.

f) badanie krwi wykazywało zwiększenie eozynofilów do 10% i leukopenję.

g) bóle znikały po 6 — 7 zastrzykach, uczucie palenia, bóle głodowe i nocne zmniejszały się. 5% przypadków nie uległo poprawie i chorzy ci zostali skierowani na oddział chirurgiczny. W 10 — 15% przypadków wrzód wyleczony zjawiał się znowu, zależało to w znacznej mierze od nieprzestrzegania przez chorych przepisów hygjenicznych i djetetycznych. Po za zastrzykami pepsyny chorzy otrzymywali naczczo 75 gr. oliwy po jedzeniu 0,5 gr. bismuthum carbonicum; djetę stosował autor mieszaną a więc mleko, śmietankę, jajka, masło, sery, jarzyny, mięso siekane, ryby, chleb i wody alkaliczne. Całodzienny posiłek podawano chorym w 5 porcjach. Po jedzeniu choremu zalecano leżenie na prawym boku, dbano o regularne stolce. Autor stosował z dobrym wynikiem zastrzyki pepsyny i w innych schorzeniach, a mianowicie w colitis ulcerosa i w niedokrwistości złośliwej.

O LECZENIU GORĄCZKI GRUŹLICZEJ.

DOŚWIADCZENIA Z NOWYM ŚRODKIEM PRZECIWGORĄCZKOWYM.

III. Odział „Wilhelminenspital“ w Wiedniu (Prof. Neuman). Wr. med. Woch Nr. 16. 1931.

Dr. HANS WAGNER — Kierownik sekcji opieki nad gruźlikami w Goisen.

Omawiając zagadnienie zwalczania gorączki gruźliczej podaje autor szereg środków przeciwgorączkowych, wyszczególniając przytem Pyramidon i znaczną ilość przetworów salicylowych. Pomimo tej olbrzymiej ilości zalecanych środków przeciwgorączkowych zachodzą wciąż przypadki wysokiej gorączki gruźliczej, w których nie udaje się zapomocą nich osiągnć wystarczającego spadku ciepłoty.

Causyth, nowy środek przeciwgorączkowy, będący pochodnym pyrazolonu kwasu cyklohexatrienpirydynosulfonowego, opisywało wielu autorów w związku z jego skutecznem działaniem przciwgorączkowem, nawet w tak ciężkich przypadkach, jak zakażenie krwi i zakaźne poronienia (Kastein, Latzel, Natorp, Kołakowski, Munk, Runes, Höfer). Autor miał sposobność stwierdzić szybkie i długotrwałe działanie przeciwgorączkowe Causythu, które pozwalało na zaprzestanie leczenia antipyretycznego już po krótkim czasie. Nie stwierdził nigdy żadnych szkodliwych działań ubocznych, lecz raczej zanik innych objawów chorobowych. Do bliższego zajęcia się Causythem skłoniło autora doświadczenie, że Causyth także w tych przypadkach wykazywał pełny skutek, gdzie inne znane dotychczas „antipyretica“ zawodziły.

Badano 15 przypadków, w których zawiódł Pyramidon, preparaty salicylowe etc. z następującymi wynikami:

CHOROBY:	ilość:	Skutek przeciwgorączkowy pełny:	mały.	żaden:
Typhotuberkulosis	1	1	—	—
Pneumonia gelatinosa	1	1	—	—
Pneumonia caseosa	1	1	—	—
Phtisis ulcerofibrosa	2	1	—	1 (śmiertelny)
Phtisis cavitaria ulcerosa	3	2	1	—
Phtisis fibrocaseosa confirmata . .	5	3	1	1 (śmiertelny)
Phtisis postpleuritica fibrocaseosa .	2	1	1	—
	15	10	3	2

Autor podaje dokładną technikę leczenia i dawkowania w powyższych przypadkach. Kończy swe wywody następującą konkluzją: „Causyth jest bardzo cennem wzbogaceniem środków, zwalczających gorączkę gruźliczą, które pozwala spodziewać się pełnego działania nawet w tych przypadkach, gdzie inne środki zawiodły. Szkodliwości nie stwierdzono nigdy, nieprzyjemne działania uboczne przy należytem dawkowaniu nie występują“.

THEOPHYLLINUM PURUM JAKO ŚRODEK MOCZOPĘDNY.

F. Faltitschek i D. Scherf (Ther. der Gegenw. Nr. 2, 1932 r.).

Teofilina jako środek moczopędny została wprowadzona do kliniki przez Minkowskiego. U chorych z obrzękami preparat ten okazał się bardzo silnym środkiem moczopędnym tak, że ilość moczu podnosiła się do 4 — 5 litrów na dobę. Wkrótce po Minkowskim liczni autorzy potwierdzili dobre wyniki, uzyskane po stosowaniu teofiliny, nie brak było jednak biegunowo odmiennych poglądów. Już Minkowski i inni klinicyści spostrzegali po teofilinie przykre objawy uboczne w postaci nudności, wymiotów, bólów głowy i drgawek zbliżonych do padaczkowych. Minkowski starał się usunąć szkodliwe działanie teofiliny jednoczesnem podawaniem hedonalu, Schlesinger zalecał adonis vernalis, podawano także chloralhydrat, belladonnę i trional. Wyniki nie były zachęcające zwłaszcza jeżeli chodzi o przewód pokarmowy. Teofilinę zaczęto przeto stosować coraz rzadziej, wreszcie została ona całkowicie wyparta przez organiczne preparaty rtęciowe, salyrgan i novasurol. Są jednak przypadki, w których podawanie preparatów rtęciowych mimo potężnego ich działania moczopędnego jest przeciwwskazane; dotyczy to zapaleń nerek, stawów zapalnych jelit cienkich i jelita grubego. Pozatem są chorzy, którzy mimo przygotowania do salyrganu uprzednim podawaniem chlorku amonu bardzo słabo lub wcale nie reagują na preparaty rtęciowe. W tych przypadkach autorzy wielokrotnie stosowali teofilinę w ten sposób, by osiągnąć optimum działania i by chorzy dobrze znosili ten lek.

Autorzy na zasadzie licznych spostrzeżeń polecają jako najlepszy następujący sposób podawania teofiliny:

1. Należy używać tylko teofiliny czystej. Sole jej są wprawdzie łatwiej rozpuszczalne, lepiej znoszone i mogą być podawane w czopkach i zastrzykach, działanie ich jest jednak znacznie słabsze.

2. Teofilinę należy stosować okresowo, niestale. Przy stałem podawaniu teofilina na 3-ci dzień już nie działa. Autorzy podają co 4 dzień 3 $\times$ 0,3 theophyllinum purum.

3. Aby uniknąć stanów pobudzenia, występujących u niektórych chorych, autorzy polecają jednoczesne stosowanie środków uspakajających. Najlepszym okazał się luminal 3×0,05.

——:o:——

UNVERRICHT. *Działanie kardiazolu na stan spastyczny mięśniówki oskrzeli.* (III Poliklinika Lekarska Berlińskiego Uniwersytetu. Dyrektor: Prof. Dr. Goldscheider).

Autor potwierdza spostrzeżenia Janossy'ego o przeciwastmatycznem działaniu kardiazolu. W wielu przypadkach dychawicy oskrzelowej można było drogą podskórnego zastrzyku kardiazolu w dawce 0,1, ew. parę razy powtarzanego przerwać napad. Przy doustnem podawaniu leku, działanie było mniej pewne, lecz Cardiazol zastosowany w okresie międzynapadowym zapobiegał atakom dychawicy oskrzelowej.

Wyjaśnienia, przypuszczalnego antagonistycznego wpływu Cardiazolu na stany spastyczne oskrzeli, szukano na drodze doświadczalnej. Szakall z Instytutu Fizjologicznego w Berlinie, zestawiając działanie histaminy i kardiazolu doszedł do wniosku, że oba te środki wpływają na mechanizm oddechowy, lecz punkt ich zaczepu jest różny. Kardiazol pobudza środek oddechowy, histamina zaś działa na mięśniówkę oskrzeli, przyczem przeważa ośrodkowe działanie kardiazolu. Fakt, że histamina ma również działanie ośrodkowe, co stwierdził doświadczalnie na psach i kotach E. Weber, pozwala przypuszczać, że antagonizm wymienionych leków obejmuje i ośrodek oddechowy. Z drugiej strony. jak to wykazał Warnant na izolowanych płucach świnek morskich kardiazol usuwał skurcz oskrzeli w płucach uczulonych ovalbuminą. Należy wobec tego również przyjąć obwodowe działanie kardiazolu. ,

Z badań przytoczonych wynika, że kardiazol rozszerza oskrzela i działa spazmolitycznie, a co zatem idzie spostrzeżenia kliniczne znajdują swe wytłumaczenie.

Autor podkreślił w końcu, że kardiazol nie stanowi środka działającego we wszystkich przypadkach astmy, podobnie zresztą jak i inny odpowiedni lek zasługuje w każdym razie, przy leczeniu dychawicy oskrzelowej i uporczywych nieżytów oskrzelowych, na uwzględnienie. „

(Med. Welt, 1930 Nr. 44, S. 1582).

NOTATKA TERAPEUTYCZNA.

Do poronnego, jednodniowego leczenia ostrych nieżytów żołądkowo-jelitowych *B. Loqueur* zaleca następującą mieszaninę nalewek:

Rp.

Trae Jodi
Trae Opii simpl. aà 1,0
Trae Menthae pip. 2,0
Aquae dest. ad 100,0
D. S. co 1 — 2 godziny po łyżce stołowej.

Przy dłuższem leczeniu, skojarzenie wymienionych nalewek jest następujące

Rp.

Trae Jodi
Trae Opii simpl. aà 5,0
Trae Menthae pip. 10,0
D. S. 3 razy dziennie po 15 — 20 kropli

Münchener med. Wochenschrift 1932, 9.

Stanisław Klein w ciężkich napadach dychawicy oskrzelowej stosuje następującą mieszaninę, która niezawodnie przerywa napad:

Rp.

Euphyllini
Diuretini aà 0,3
Papaverini hydrochlorici 0,05
Extr. Belladonnae 0,01
Mfp. Dtd. № V
S. podczas napadu 1 proszek.

PROGRAM IV ZJAZDU LEKARSKIEGO W KRYNICY

w dniach 15 i 16 maja 1932 roku (Zielone Święta).

15-go maja 1932 r.

Godzina 10. Otwarcie Zjazdu przez prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy D-ra Ludwika Korybut-Daszkiewicza. Wybór Prezydjum Zjazdu. Przemówienia oficjalne.

Godzina 11. *Posiedzenie naukowe:*

1. Prof. Dr. Antoni Gluziński (Warszawa): Marskość wątroby (cirrhosis hepatis) a kiła (syphilis).

2. Prof. Dr. Adam Czyżewicz (Warszawa): Życie kobiece a wewnętrzne wydzielanie.

3. Dr. Franciszek Kmietowicz senior (Krynica): Spostrzeżenia, historja i statystyka postaci chorobowych z czterdziestoletniej praktyki w Krynicy-Zdroju.

Dyskusja.

Godzina 16. *Posiedzenie naukowe:*

4. Dr. Jakób Ryszard Węgierko (Warszawa): Kamica żółciowa oraz jej leczenie w świetle poglądów nowych.

5. Doc. Dr. Teofil Kucharski (Poznań): Djety przeciwbiegunkowe.

6. Prof. Dr. January Zubrzycki (Kraków): Okresy przejściowe w życiu kobiety a hormony płciowe.

7. Dr. Bronisław Stępowski (Kraków): Objawy kliniczne okresów przejściowych w życiu kobiety.

8. Dr. Stanisław Cikowski (Kraków): Zmiany anatomo - patologiczne narządów rodnych w okresach przejściowych życia kobiety.

9. Dr. Eugenjusz Turyna (Kraków): Sposoby badania zaburzeń okresów przejściowych w życiu kobiety.

10. Doc. Dr. Tadeusz Keller (Kraków: Leczenie hormonalne zaburzeń okresów przejściowych życia kobiety.

11. Dr. Henryk Brand (Kraków i Krynica: Leczenie fizykalne zaburzeń przejściowych w życiu kobiety.

Dyskusja.

Godzina 20 min. 30. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy i Komisję Zdrojową w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

16-go maja 1932 r.

Godzina 8 — 10. Zwiedzanie Zdrojowiska. Punkt zborny przed Domem Zdrojowym.

Godzina 10. *Posiedzenie naukowe:*

12. Dr. Aleksander Rytel, Dr. Imisław Rozbicki, Dr. Stanisław Trojanowski (Warszawa): Wpływ przyjmowania pokarmów na układ krążenia u zdrowych i u chorych w pierwszym i drugim okresie niedomogi serca.

13. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski i Dr. Edward Grodzieński (Warszawa): Opuszczenie trzewi, jego leczenie zwłaszcza z uwzględnieniem leczenia uzdrowiskowego.

14. Dr. Franciszek Kmietowicz junior (Lwów — Krynica): Leukopenina.

15. Doc. Dr. Henryk Gromadzki (Warszawa): Z kliniki follikuliny.

16. Dr. Witold Łuczyński (Lwów): Narząd krążenia w okresie przekwitania u kobiety.

17. Dr. Mieczysław Dukiet (Krynica): Próba zapobiegania ciąży pozamacicznej spowodowanej pozapalnemi zmianami jajowodów.

18. Dr. Ludwik Ptaszek (Lwów): Wartość wskaźnika przemiany gazowej dla oceny sprawności wewnętrzno-wydzielniczej jajnika.

Dyskusja.

Godz. 13 min. 30. Śniadanie wydane przez Zwierzchność gminną Krynica i Stowarzyszenie Lekarzy w salach Lwigrodu.

Godzina 16. *Posiedzenie naukowe:*

19. Dr. Józef Felix (Kraków): W sprawie nerwic żołądka.

20. Dr. Stanisław Braun (Kraków): Obraz morfologiczny szpiku kostnego w przebiegu upośledzonego wydzielania soku żołądkowego i trzustkowego oraz w przebiegu raka żołądka.

21. Dr. Adam Sokołowski (Kraków): Wpływ wody morszyńskiej ze źródła Bonifacego na wydzielanie treści żołądkowej, dwunastnicowej, na procesy gnilne jelitowe oraz na przemianę spoczynkową.

22. Dr. Jakób Ryszard Węgierko (Warszawa): Wpływ wody ze źródła Zubera na wydzielanie żółci wątrobowej.

23. Dr. Mieczysław Kubiczek (Kraków): Wpływ Zubera na gospodarkę cholesterolu ustroju ludzkiego.

24. Dr. Jan Rosenbusch i Dr. Tadeusz Toczyski (Lwów): Badanie wpływu wód krynickich (Zuber, Karol, Jan, Józef, Słotwinka, Główny) na wydzielanie żółci.

25. Dr. Gustaw Zaremba (Krynica): Leczenie zdrojowe w chirurgji z uwzględnieniem zdrojowisk w Polsce.

Dyskusja.

Zamknięcie Zjazdu.

Godzina 22. Raut i zabawa taneczna w wielkiej sali Domu Zdrojowego.

Podczas Zjazdu czynną będzie w kuluarach Domu Zdrojowego *Wystawa środków leczniczych.*

WARUNKI UCZESTNICTWA.

Wkładka członkowska 30 Zł., wkładka osoby towarzyszącej 25 Zł.

Karta uczestnictwa upoważnia do udziału w posiedzeniach i zwiedzaniu zdrojowiska, udziału w dwóch przyjęciach Zjazdu, udziału w raucie i zabawie, do bezpłatnych zabiegów leczniczych i zniżki kolejowej 50% w drodze powrotnej od 15-go do 20-go maja.

Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie Pamiętnik IV Zjazdu z dokładnym tekstem przemówień i dyskusji.

Czas przemówień wykładowych ustalono na 25 minut, dyskussyjnych pięć minut. Wykładający proszeni są o dostarczenie generalnemu sekretarzowi Zjazdu dokładnego tekstu odczytu przed zamknięciem Zjazdu, t. zn. do 16-go maja 1932 roku.

Członkowie Zjazdu mogą przy zgłoszeniu zamawiać kwatery:
Cena dzienna pokoju jednoosobowego 4 Zł., z bieżącą wodą 6 Zł.
Cena dzienna pokoju dwuosobowego 6 Zł., z bieżącą wodą 8 Zł.

Najdogodniejsza komunikacja kolejowa:

z Warszawy	godzina	16	minut	10
z Łodzi fabr.	„	16	„	55
z Poznania	„	9	„	2
ze Lwowa	„	19	„	10
z Krakowa	„	23	„	55

Generalny sekretarjat Zjazdu zamierza w dniu 14-go maja przy tych pociągach uruchomić specjalne wozy w ilości zależnej od zgłoszeń. Prócz tego w porozumieniu z Towarzystwem Międzynarodowem Wagonów Sypialnych zamierza uruchomić wozy sypialne z Warszawy, ewentualnie z Krakowa.

Wkładkę członkowską można wpłacać na konto P.K.O. Nr. 141.107.

Generalny sekretarjat Zjazdu zastrzega sobie prawo zmiany szczegółów programu.

Krynica, w marcu 1932 r.

Dr. Witold Skórczewski
Sekr. gen. IV Zjazdu Lekarskiego.

Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz
Prezes Stowarzyszenia Lekarzy

Czopki Hemoroidalne „Varicol"

REG. M. Z. P. № 354. **z KOGUTKIEM** PUDEŁKO 12 SZT.

USUWAJĄ STAN ZAPALNY, BÓL, SWĘDZENIE i PIECZENIE. GOJĄ RANKI, SUSZĄ i DEZYNFEKUJĄ. ZMNIEJSZAJĄ KRWAWIENIE i GUZY W ODBYTNICY POWODUJĄ SZYBKIE i PRZYJEMNE WYPRÓŻNIENIE, NIE ZAWIERAJĄ NARKOTYKÓW.

PROSPEKTY i PRÓBKI GRATIS.

ADOLF GĄSECKI i S-WIE

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEM FARMACEUT. W WARSZAWIE.

KANTOR UL. LESZNO 41, TEL. 56-28.



TREŚĆ:

□ □ □

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Długa 46 m. 25 tel. 11.67-77.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua". St Szulc i S-ka, Kacza 7, tel. 504-91